

Hobrucker, Bernard; Kühl, Renate

Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 2, S. 37-44



Quellenangabe/ Reference:

Hobrucker, Bernard; Kühl, Renate: Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 2, S. 37-44 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8712 - DOI: 10.25656/01:871

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8712>

<https://doi.org/10.25656/01:871>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

34. Jahrgang / 1985

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

gart: Klett. – Reich, G. (1984): Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33, 61–69. – Reiter, L., Steiner, E. (1982): Therapeutenurteile im Erstinterview – Stereotypen oder ...? In: *Kontext* 6, 75–86. – Reiter-Theil, S. (1984): Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur systemorientierten Familientherapie. In: *Brunner, J. E.* (Hrsg.): *Interaktion in der Familie*. Springer: Berlin/Heidelberg. – Remschmidt, H., Mattejat, F. (1981): Zur Konstruktion von Einschätzskalen für Familiengespräche. In: *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 9, 288–316. – Satir, V. (1975): *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer. – Steiner, S., Heim, E. (1979): Psychotherapeutische Anwendung der Video-Technik im Rollenspiel. In: *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 14, 62–73. – Stierlin, H. (1975): Von der Psychoanalyse zur

Familientherapie. Stuttgart: Klett. – Stierlin, H. (1980): Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Frankfurt: Suhrkamp. – Stierlin, H., Rücker-Emden, J. (1976): Wie lernt man Familientherapie. In: *Richter, H. E., Strotzka, H., Willi, J.* (Hrsg.): *Familie und seelische Gesundheit*. Hamburg: Rowohlt. – Sperling, E., Klemann, M., Reich, G. (1980): Familieuselfsterfahrung. In: *Familiendynamik* 5, 140–152. – Whitacker, C. (1978): The use of videotape in family therapy with special relation to the therapeutic impasse. In: *Berger, M. M.* (eds.): *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. New York: Brunner/Mazel.

Anschr. d. Verf.: Dr.med.U.Lehmkühl, Abt. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Blumenstr. 8, 6900 Heidelberg.

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums der Christian-Albrechts-Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Schütze)

Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung

Von Bernard Hobrucker und Renate Kühl

Zusammenfassung

Ein Rating-Verfahren zur Erfassung heilpädagogischer Probleme in der stationären kinderpsychiatrischen Behandlung wird in 48 Patienten einer je Behandlungszeitraum maximal 7 Kinder umfassenden Behandlungseinheit erprobt. Die Ergebnisse belegen zum einen, daß von den durch die „Einschätzungsliste für Erzieher“ erfaßten Auffälligkeiten Störungen der Intentionalität sowie der Gruppenintegration als die von Heilpädagogen vorrangig zu bearbeitenden Probleme gesehen werden. Die 34 Items der Liste wurden nach inhaltlichen Kriterien zu sieben „Problembereichen“ zusammengefaßt. Eine Korrelation dieser Problembereiche hat zum Ergebnis, daß sich zwei größere Problemebenen des heilpädagogischen Handelns voneinander abheben, die vorläufig als „Problemebene des konflikthaften Erlebens“ sowie „Problemebene der Impulsivität“ bezeichnet werden.

Vorbemerkung

Stationäre Therapie als komplexeste Behandlungsform im Falle seelischer Erkrankungen des Kindesalters bedeutet eine wechselseitige Verflochtenheit heilpädagogischer, psychotherapeutischer und gegebenenfalls psychopharmakotherapeutischer Maßnahmen. Zur Dokumentation der diagnostischen Eingangsbefunde und des Behandlungsverlaufs ist eine eigens auf heilpädagogische Problemfelder orientierte Diagnostik parallel zur kinderpsychiatrisch-psychologischen Diagnostik erstrebenswert; letzteres als Alternative zum heilpädagogisch täti-

gen Erzieher als bloßem Datenlieferanten des therapeutischen Diagnostikers. Die vorliegende Untersuchung ist als Pilotstudie über die Entwicklung und Sammlung erster Erfahrungen mit einem speziell für das heilpädagogische Behandlungsfeld entwickelten Meßinstrument zu sehen.

1. Einleitung und Fragestellung

Der stationäre Bereich der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Kiel wurde 1981 zu drei kleineren Teams umstrukturiert. Es entstanden dadurch zwei Behandlungseinheiten für Adoleszenten und eine für Kinder zwischen 6 und 14 Jahren, die zu Gruppen von jeweils höchstens 7 Patienten zusammengefaßt wurden. Damit verbesserten sich die Möglichkeiten für kontrollierte Veränderungen. Um so mehr wurde aber auch die Notwendigkeit standardisierter Verfahren zur Erfassung der heilpädagogischen Prozesse deutlich.

Die Dokumentation eines Behandlungsverlaufs hat mehrgleisig zu erfolgen: Neben der Erfassung der Therapieeffekte gilt es, auch die Prozesse abzubilden, die diese Effekte bewirken (vgl. Bastine, 1970). Gerade im Therapiearrangement der stationären Behandlung ist man von einer befriedigenden Lösung zur Prozeß- und Effektkontrolle noch weit entfernt, zumal hier über die übliche Zwei-Personen-Interaktion sonstiger therapeutischer Klausursituationen hinaus mit der klinischen Schulpädagogik und der Heilpädagogik zwei weitere komplexe Wirkfaktoren mit dem Psychotherapiegeschehen verflochten sind.

Ein Verfahren, mit dem die heilpädagogischen Aspekte des Therapieverlaufs dokumentiert werden, hat sich – so das Urteil der heilpädagogisch tätigen Betreuer – zu konzentrieren auf die Schwierigkeiten und Probleme eines Heilpädagogen mit dem stationären Patienten, um auf diese Weise auch Anhaltspunkte für die Fortführung der heilpädagogischen Arbeit zu gewinnen. So wurde im Sommer 1981 eine erste „Einschätzungsliste für Erzieher“ (ELfE) konstruiert und im Gruppenrating an den stationär aufgenommenen Patienten erprobt (2. Auflage im Anhang). Es liegen nun nach mehr als zwei Jahren die Daten von 48 stationär untersuchten Patienten vor. Sie bilden die Grundlage für eine erste Bestandsaufnahme über die Praktikabilität der ELfE. Hierzu sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- a) Welchen Problemen bei der heilpädagogischen Betreuung stationär-kinderpsychiatrischer Patienten wird in der Einschätzung durch die Erzieher besonderes Gewicht verliehen?
- b) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den durch inhaltliche Itemgruppierungen zusammengestellten Problembereichen der Einschätzungsliste für Erzieher?

In einer weiteren Untersuchung soll dann die Frage geklärt werden, welche Möglichkeiten der Therapie-Verlaufskontrolle im heilpädagogischen Bereich durch die Einschätzungsliste gegeben sind; darüber hinaus sollen spezifische Probleme bei der stationären Behandlung von Kindern mit aggressiven Störungen herausgearbeitet werden, was als erster Versuch zur Validierung der ELfE gewertet werden kann.

2. Darstellung der Untersuchung

2.1 Konstruktion des Untersuchungsverfahrens

Versuche zur Systematisierung heilpädagogischer Informationen in der kinderpsychiatrischen Behandlung sind nach Kenntnis der Autoren bisher kaum durchgeführt worden. Die Datensammlung aus dem heilpädagogischen Behandlungssektor wird überwiegend mit nur wenig standardisierten Meßverfahren in freier Berichterstattung oder aber Charakterisierung der Patienten anhand vorgegebener Eigenschaftsbegriffe (Mewe, 1979) betrieben. Eine Ursache hierfür könnte darin zu sehen sein, daß man relativ rasch auf Informationen zu verzichten bereit ist, die, nur schwer objektivierbar, von diagnostisch wenig geschulten, zudem noch in ständiger Interaktion mit dem Beobachtungsobjekt befindlichen Mitarbeitern erhoben werden müßten. Beurteilungen von Heilpädagogen sind ihrer Natur entsprechend zumeist Ergebnisse von Interaktionen und demzufolge mit den Methodenproblemen einer teilnehmenden Beobachtung behaftet.

Es ist daher im heilpädagogischen Bereich weniger von der Zielsetzung auszugehen, Hypothesen über das Vor-

liegen von Verhaltensstörungen zu verifizieren, als vielmehr, die beim Kind vorgefundenen Auffälligkeiten als Problempunkte der heilpädagogischen Behandlung zu erkennen, also als Verhaltensweisen, „die pädagogisch so zu beurteilen sind, daß sie das Erreichen eines Erziehungszieles erschweren oder gefährden“ (Speck, 1979). Ungeeignet für derartige Untersuchungen erscheinen deshalb nach Ansicht der Autoren Checklisten über kindliche Verhaltensstörungen, wie sie z. B. die – für anders geartete Fragestellungen entwickelten – Listen von Schmidtchen, Ondarza und Dahme (1974) oder Ehlers und Ehlers (1978) darstellen.

Bei der Auswahl eines geeigneten Erfassungssystems galt es, neben der Berücksichtigung der eben genannten Besonderheiten, ein Verfahren zu entwickeln, welches ein gemeinsam zu erstellendes Gruppenurteil begünstigt und im Urteilsprozeß größere Zeiträume der Beurteilung retrospektiv erfassen läßt. Aus diesen Gründen erweist sich die Anwendung eines Ratingverfahrens im Kontrast zu Zeichen- oder Kategoriensystemen (v. Cranach u. Frenz, 1969) als vorteilhaft. Zudem wird in der Literatur zur kinderpsychiatrischen Befunderhebung das Ratingverfahren in seinem Stellenwert hoch eingeschätzt (Conners, 1979), nicht zuletzt auch aufgrund seiner Praktikabilität für diagnostisch weniger geübte Personen.

Bei der Zusammenstellung der für die heilpädagogische Beurteilung relevanten *Problembereiche* war beabsichtigt, ein Kind unter den Aspekten „Leistungsbereich“, „emotionaler Bereich“ und „sozialer Bereich“ insoweit zu erfassen, als die einzelnen Beurteilungsaspekte in der heilpädagogischen Situation ersichtlich werden können. So ist die Erfassung des Leistungsbereichs in der Behandlungssituation zu beschränken auf Störfaktoren in Handlungsvollzügen („*Intentionaler Bereich*“) sowie die Anpassungsleistungen an das Regelsystem des klinischen Alltags (eine erst später hereingenommene Itemsammlung, die hier nicht weiter referiert werden soll; siehe Anhang). Im Bereich der *Emotionalität* sollte erfaßt werden, inwieweit Selbstkontrolle oder – bei ausdrucksgehemmten Kindern – die mangelnde Äußerung einer Emotion zur Problemstellung für den Heilpädagogen wird.

Eine frühere Untersuchung über kritische Erziehungssituationen in der heilpädagogischen Betreuung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten zwischen 6 und 18 Jahre (Hobrucker u. Kalberlah, 1980) hatte ergeben, daß neben dem größten Problemkomplex der Vermeidung und Verweigerung (beinahe 50% aller kritischen Erziehungssituationen) antisoziale Verhaltensweisen wie Normenverletzung und Aggressivität etwa ein Drittel der heilpädagogischen Probleme bildeten. Die mangelnde Kontrolle negativer Affekte dagegen rangierte unter den größeren Problembereichen an letzter Stelle. Erfahrungsgemäß verschiebt sich der Anteil der Probleme bei einem Klientel unter 14 Jahre mehr zu einer Schwerpunktbildung im Bereich der antisozialen Verhaltensweisen, während die Passivitäts- und Vermeidungshaltungen schwerpunktmäßig in der Heilpädagogik der Adoleszenten besondere Probleme bereiten.

Die einzelnen Items über Verhaltens- bzw. Erzie-

hungsprobleme im *sozialen Bereich* wurden hergeleitet aus der praktischen Erfahrung beim Umgang mit den Patienten sowie aus diversen Überblicksarbeiten über soziale Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, die sich großenteils auf den schulischen Umgang mit den Erziehungsproblemen beziehen (vgl. z. B. *Havers*, 1978). Die Itemauswahl hatte neben der Erfassung allgemeiner Anhaltspunkte zu Problemen der Gruppenintegration (Akzeptierung der bzw. durch die Gleichaltrigen; Selbstbehauptung; etwas anderes tun als die Gruppe) eine differenziertere Erfassung der antisozialen und aggressiven Verhaltensweisen zum Ziel. Die Differenzierung von in engerem Sinne aggressiven und den „antisozialen Taktiken“ genannten Verhaltensproblemen erfolgte nach den Gesichtspunkten der Personbezogenheit, Zielgerichtetheit und dem beabsichtigten Schädigungsgrad dieser Verhaltensweisen. Angeberei, Leugnen von Verantwortung, Hänkeln und Verspotten, „Petzen“ und Anschwärzen, das Übertreten von Verboten und Mißachten von Anforderungen werden den eher unspezifisch antisozialen Taktiken zugeordnet, da diese Verhaltensweisen vor allem den Status der eigenen Person in der Gruppe stabilisieren dürften. Direkte oder (durch Wegnehmen oder Zerstören des Eigentums anderer) indirekte, verbale oder körperliche Aggression ist davon abzugrenzen, da die Intention des agierenden Kindes eindeutiger der Schädigung oder Einschränkung eines anderen Kindes gilt. Unterschieden wird zudem zwischen der Aggression gegen Gleichaltrige und gegen Erwachsene. In der 2. Auflage der Einschätzungsliste für Erzieher (siehe Anhang) wird die Aggression gegen Objekte gesondert erfaßt.

Die Skalenabstufung in der Problembeurteilung lehnt sich an die im „Problemfragebogen für Jugendliche“ von *Süllwold* und *Berg* (1967) verwendete vierstufige Problemgewichtung an, die im Hinblick auf die Gefahren von subjektiven Skalierungen (Scheingenauigkeit: durch zu hohe Urteilsdifferenzierung oder durch einfache Alternativenbildung) einen Mittelweg zu gehen scheint. Bei der Beurteilung 0 gleich „kein Problem“ ergibt sich die Schwierigkeit einer zweifachen Bedeutung, die in der Subjektivität des gemessenen Gegenstandes begründet ist. Es läßt sich dem Urteil nicht entnehmen, ob die Antwort „kein Problem“ auf mangelnde Beobachtung oder auf das wirkliche Fehlen heilpädagogisch relevanter Auffälligkeiten im angesprochenen Item zurückzuführen ist. Die übrigen Skalenpunkte sind: 1 gleich „geringes Problem“; 2 gleich „deutliches Problem“; 3 gleich „besonders großes Problem“.

2.2 Ablauf der Untersuchung

Die Stichprobe besteht aus 48 Kindern (31 Jungen, 17 Mädchen) zwischen 6 und 14 Jahren (Durchschnittsalter: 11,0 Jahre), die zur stationären Beobachtung oder Behandlung aufgenommen wurden. Die Störungsbilder variieren deutlich und umfassen das gesamte Klientel kinderpsychiatrischer Erkrankungen; ausgenommen von der stationären Behandlung sind lediglich Störungen aus

dem Bereich des kindlichen Autismus oder der geistigen Behinderung sowie Krankheiten, die vorwiegend neuropädiatrisch zu behandeln sind.

Die Datenerhebung erfolgte jeweils zwischen dem 9. und 12. Tag der stationären Behandlung. Der Beurteilung sollte ein Beobachtungszeitraum von einer Woche zugrunde liegen. Das Ausfüllen der ELfE-Bögen erfolgte im Gruppenrating, wobei in der Regel zwei bis drei Fachkräfte aus dem heilpädagogischen Behandlungssektor sowie zumeist der zuständige Therapeut und der Kliniklehrer teilnahmen. Die Einschätzungen erfolgten auf der Basis der mit den jeweiligen Items zusammenhängenden Ereignisschilderungen durch die Heilpädagogen. Im Durchschnitt benötigte das Ausfüllen einer Einschätzungsliste 25 bis 30 Minuten.

3. Darstellung der Ergebnisse

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung, welchen Problemen bei der heilpädagogischen Betreuung stationär-psychiatrischer Patienten in der Einschätzung durch die Erzieher besonderes Gewicht verliehen wird, wurden pro Problemitem der ELfE über alle 48 Patienten Summenwerte gebildet. Aus methodischen Gründen wurde darauf verzichtet, die einzelnen Items differenziert nach den Gewichtungen 1, 2 oder 3 zu erfassen, sondern es wurde lediglich die Differenzierung getroffen, ob ein Item als „Problem überhaupt“ eingestuft wurde, dann lag die Gewichtung 1, 2 oder 3 vor, bzw. ob es im Gruppenrating als „schweres Problem“ mit der Gewichtung 2 oder 3 eingeschätzt wurde. In Tabelle 1 sind die Items mit der größten Auftretenshäufigkeit zusammengestellt.

16 der insgesamt 34 Items umfassenden Liste erweisen sich bei mindestens 40% der Patienten als Problemfelder; hiervon werden 5 Items bei 50% oder mehr der behandelten Kinder als „Problem überhaupt“ (Gewichtung 1 bis 3) angegeben. Sechs Items, die bei wenigstens 40% der Patienten als „Problem überhaupt“ eingestuft werden, werden gleichzeitig bei mindestens 30% der betreuten Kinder als „schweres Problem“ (Gewichtung 2 oder 3) eingeschätzt. Nur 8 Items der ELfE werden bei weniger als 20% der Patienten als Problem angegeben. Fünf dieser Items beziehen sich auf Probleme im Bereich der Emotionalität.

Um die Zusammenhänge zwischen den durch inhaltliche Itemgruppierungen zusammengestellten Problembereichen der ELfE (Fragestellung 2) zu ermitteln, wurden χ^2 - und Phi-Koeffizienten berechnet (vgl. *Bortz*, 1977). Die Phi-Koeffizienten wurden anschließend nach einem ebenfalls bei *Bortz* beschriebenen Verfahren in Produkt-Moment-Korrelationsäquivalente ($r_{\text{äqui}}$) umgewandelt. In Tabelle 2 sind alle mindestens auf dem 5%-Niveau signifikanten Zusammenhänge sowohl als χ^2 - und Phi-Koeffizienten als auch – im unteren Teil der Tabelle – als Produkt-Moment-Korrelationsäquivalente überblicksmäßig zusammengestellt.

Von den insgesamt 42 möglichen Korrelationen zwischen unterschiedlichen Problembereichen der ELfE er-

Tab. 1: Items der Einschätzungsliste für Erzieher mit den größten Auftretenshäufigkeiten bei $N = 48$ Patienten

Iteminhalt	als „Problem überhaupt“ eingestuft bei mindestens	N Patienten	als „schweres Problem“ eingestuft bei mindestens	N Patienten
Ablenkbarkeit/Ausdauer Sich absondern/fernhalten Selbstbehauptung i. d. Gruppe	50%	24 29 27	30%	18 17 15
Unruhe/Herumtoben Mißachtung v. Aufforderungen	50%	26 25	weniger als 30%	13 14
Selbstkontrolle von Ärger/Wut Leugnen von Verantwortung „Petzen“ Anschwärzen	40%	21 21 20	30%	19 17 16
Selbstkontrolle von Wünschen/ Forderungen Verzögerung/Verlangsamung Akzeptierung der Gleichaltrigen Etwas anderes tun als d. Gruppe Hänseln/Verspotten Körperliche Aggression gegen Gleichaltrige Verbale Aggression gegen Gleich- altrige Ungehorsam gegenüber Erwachsenen	40%	21 21 23 20 20 20 20 23 20	weniger als 30%	10 12 13 9 13 12 13 9
Äußerung von Ärger/Wut	35%	19	30%	15

Tab. 2: Zusammenhänge zwischen den Problembereichen der Einschätzungsliste für Erzieher (ELfE)

r Äqui	Chi ² ; Phi	Emotionaler Bereich		Intentionaler Bereich	Soziale Integration	Antisoziale Taktiken	Aggress. gegen Gleichaltrige	Aggress. gegen Erwachsene
		Selbstkontrolle	Äußerung					
Emotion. Bereich	Selbstkontrolle			8,17 * 0,41	3,88 0,28	5,37 0,34	8,06 * 0,41	10,10 * 0,46
	Äußerung			3,46 0,27				
Intention. Bereich		0,49 *	0,34		6,53 0,37	10,33 * 0,46	3,88 0,28	24,13 * 0,71
Soziale Integration		0,35		0,46			9,78 0,45	
Antisoziale Taktiken		0,37		0,53 *			10,89 * 0,56	12,13 * 0,50
Aggr. g. Gleichaltrige		0,53 *		0,35	0,64 *	0,67 *		6,70 * 0,37
Aggr. g. Erwachsene		0,48 *		0,74 *		0,55 *	0,45 *	

Die mit * gekennzeichneten Koeffizienten sind mindestens auf dem 1%-Niveau signifikant.

Oberhalb der Hauptdiagonalen sind die berechneten Chi²-Werte und Phi-Koeffizienten dargestellt. Unterhalb der Hauptdiagonalen sind die entsprechenden Korrelationskoeffizienten-Äquivalente zu finden.

Vandenhoeck & Ruprecht (1985)

weisen sich 28 als signifikant. Während Items aus dem Bereich der Intentionalität in signifikanter Beziehung zu allen anderen Problembereichen der Einschätzungsliste stehen, korrelieren die Items aus den Bereichen „Selbstkontrolle von Emotionen“ und „Aggression gegen Gleichaltrige“ mit je fünf anderen Problembereichen. Jeweils vier bedeutsame korrelative Zusammenhänge ergeben sich zwischen Itemgruppierungen der Bereiche „Antisoziale Taktiken“ sowie „Aggression gegen Erwachsene“ und den übrigen Problembereichen der ELfE. Die Items aus den Bereichen „Soziale Integration“ und besonders „Äußerung von Emotionen“ weisen von der Häufigkeit her die geringste Anzahl signifikanter Beziehungen zu anderen Problembereichen auf.

4. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß Heilpädagogen bei den Patienten zu Beginn der Behandlung besonders häufig Störfaktoren in den Handlungsvollzügen (intentionaler Bereich) wahrnehmen und als Problem im Umgang mit dem Kind einschätzen. Von den fünf Items, die als Problemfelder dem Bereich der „Intentionalität“ zugeordnet wurden, werden drei (Ablenkbarkeit und mangelnde Ausdauer, Unruhe und Herumtoben sowie Sich-absondern und Fernhalten von Gruppenaktivitäten) bei mindestens 50% der behandelten Patienten zu Beginn der Therapie als problematisch eingeschätzt. Vereinfacht ausgedrückt, bereiten Hyperaktivität und mangelnde Teilnahme den Heilpädagogen besondere Schwierigkeiten. Unabhängig von den Unterschieden der Ätiologie der kindlichen Störung manifestiert sich hier im pädagogischen Feld eine *Vermeidungshaltung* in der Aufgabenbezogenheit, wie bereits in einer früheren Untersuchung über kritische Erziehungssituationen bei kinderpsychiatrischen Patienten in analoger Weise festgestellt wurde (Hobrucker und Kalberlah, 1980). Daneben ergeben sich erzieherische Probleme im Umgang mit vielen Patienten aufgrund von Verhaltensmängeln im sozialen Bereich, hier vor allem bei der Gruppenintegration und im Bereich antisozialer Taktiken: Mehr als die Hälfte der neu aufgenommenen Kinder hat – verständlicherweise – in den ersten anderthalb Wochen der Behandlung nach Einschätzung des heilpädagogischen Personals Schwierigkeiten, sich in der ja bereits konstituierten Gruppe Gleichaltriger durchzusetzen (Selbstbehauptungsproblem). Außerdem wird für die Heilpädagogen bei über 50% der Patienten die Mißachtung von Aufforderungen, eine als antisoziale Taktik eingestufte Verhaltensweise, zum erzieherischen Problem. Direkte oder indirekte, verbale oder körperliche Aggressionen gegen Gleichaltrige oder Erwachsene werden insgesamt seltener als problematisch angesehen. Dies dürfte einerseits daran liegen, daß sich die Patienten zu Beginn der Behandlung noch an ihren neuen Lebensraum Klinik gewöhnen müssen und deshalb weniger aggressiv auftreten. Andererseits gelingt es den Erziehern beim Auftreten aggressiver Verhaltensweisen, diese aufgrund des größeren Respektes,

den die Kinder ihnen zunächst als Autoritätspersonen entgegenbringen, schnell zu unterbinden, so daß sie nicht so häufig als besonderes erzieherisches Problem wahrgenommen und bewertet werden. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse zum sozialen Bereich unsere Alltagshypothesen über Einstiegsprobleme ins kinderpsychiatrische Behandlungsarrangement. Auffällig und erwähnenswert erscheint noch, daß Schwierigkeiten im emotionalen Bereich hinsichtlich der Selbstkontrolle und Äußerung von Gefühlen in der Anfangsphase der Behandlung kaum zur Problemstellung für den Heilpädagogen werden. Lediglich die mangelnde Äußerung oder aber Selbstkontrolle von Ärger und Wut sowie die Selbstkontrolle von Wünschen und Forderungen werden bei ca. 40% der Patienten als erzieherisches Problem eingestuft. Das heißt nicht, daß die Patienten in allen anderen emotionalen Teilbereichen keine Schwierigkeiten hätten; es macht nur deutlich, daß emotionale Defizite auf seiten des Kindes für die Erzieher zunächst nicht offensichtlich werden.

Die Ermittlung statistischer Zusammenhänge zwischen den Problembereichen zeigt eine relativ große Zahl signifikanter Korrelationen. Erzieherische Probleme in der stationären Behandlung haben logischerweise eine Vielzahl von wechselseitigen Bezügen. Deutlich wird dies besonders an den extrem verhaltensauffälligen sowie den unauffälligen Patienten. Kinder, die den Heilpädagogen große Probleme im Umgang bereiten, zeigen zumeist ein ganzes Bündel von erzieherischen Problemen. Auf der anderen Seite finden sich die sehr angepaßten Kinder, deren Verhalten eher durch eine Gehemmtheitsproblematik imponiert. Diese Patienten bereiten generell nur wenig erzieherische Probleme.

Zur Interpretation der wesentlichen Zusammenhänge sei im folgenden eine Beschränkung auf solche Korrelationskoeffizienten vorgenommen, die auf einen mittleren statistischen Zusammenhang schließen lassen (gemeinsame Varianz der Merkmale 25–75%), was bedeutet, daß ein r von .50 oder darüber ermittelt wurde. Von diesen Korrelationen finden sich in der Matrix 6, deren wechselseitige Bezüge im folgenden Schema veranschaulicht werden.

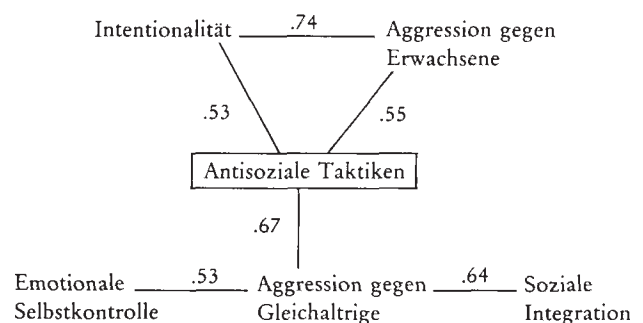


Abb. 1: Skalenzusammenhänge auf der Basis der Korrelationen mittlerer Höhe (gemeinsame Varianz mindestens 25%)

Rein phänomenologisch gesehen kristallisieren sich zwei Bündel von Korrelationskoeffizienten heraus, die über den ELfE-Bereich „Antisoziale Taktiken“ miteinander

der in Beziehung stehen und die Problembereiche zu zwei größeren Problemebenen zusammenfassen. Auf der einen Seite die Problemebene der Intentionalität, Aggression gegen Erwachsene und „Antisozialen Taktiken“, auf der anderen Seite die antisozialen Taktiken im Zusammenhang mit der Trias der Aggression gegen Gleichaltrige, Problemen der emotionalen Selbstkontrolle sowie der Gruppenintegration. Man könnte im ersten Fall von der „*Problemebene des konflikthaften Erlebens*“ sprechen, da hier die mangelnde Zielgerichtetheit im Handlungsvollzug einhergeht mit der Neigung, gegen die Erwachsenen aggressiv vorzugehen. Kinder mit Schwerpunktproblemen in dieser Ebene stellen die Heilpädagogen vor größere persönliche Probleme.

Hingegen wäre die zuletzt genannte Problemebene eher bezogen auf den Umgang mit anderen Kindern. Man könnte sie als „*Problemebene der Impulsivität*“ bezeichnen, da hier der aggressive Umgang mit Gleichaltrigen einhergeht mit einer – verständlicherweise – mangelnden Gruppenintegration sowie auch (ohne daß hier ein Kausalzusammenhang hergestellt werden kann) mit Schwächen in der Kontrolle der eigenen Emotionen. Kinder mit Schwerpunktproblemen in dieser Ebene stellen die Heilpädagogen vor größere fachlich-erzieherische Probleme.

Daß der Bereich der antisozialen Taktiken quasi das Bindeglied zwischen beiden (phänomenologischen) Problemebenen darstellt, ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß die dort angesprochenen Probleme sowohl gegen Kinder als auch gegen Erwachsene gerichteten Verhaltensweisen entspringen können. Zudem finden sich in dem als „Antisoziale Taktiken“ zusammengestellten Problembereich auch zu einem Teil Verhaltensweisen, deren antisozialer Charakter eher einem konflikthaften Erleben entspringt, als aversiven Umweltbedingungen.

In der größeren Betrachtungsweise, bei der nur Korrelationen mittlerer Höhe berücksichtigt werden, spielt der Problembereich der emotionalen Äußerung keine Rolle. Dieser Bereich stellt auch insofern eine Besonderheit dar, als von der Einschätzungsprozedur her wesentlich mehr attributive Prozesse im Hinblick auf das Kind ablaufen müssen als bei den übrigen Bereichen. Probleme der emotionalen Äußerung bestehen nur da, wo eine irgendwie geartete Ausdruckshemmung (innerer oder äußerer Art) die adäquate Äußerung blockiert. Diese Hemmung kann nur erschlossen werden aus dem Fehlen eines dem Heilpädagogen situationsadäquat erscheinenden Ausdrucks.

Eine Zusammenschau der Ergebnisse zeigt, daß die dominierenden Probleme heilpädagogischen Umgangs mit kinderpsychiatrischen Patienten in Störfaktoren zu sehen sind, die zielgerichtetes Handeln erschweren, die Gruppenintegration verzögern sowie mit einer mangelnden Beachtung von Regeln aus dem heilpädagogischen Team verbunden sind. Bei Analyse der Korrelationen ist zu erkennen, daß sich zwei größere Problemkomplexe des heilpädagogischen Handelns herauschälen: Die „*Problemebene des konflikthaften Erlebens*“ beleuchtet die Auseinandersetzung mit der Autorität und – von die-

ser Autorität beanstandet – eine mangelnde Zielgerichtetheit in der Durchführung von Handlungen. Die „*Problemebene der Impulsivität*“ dagegen legt den Schwerpunkt auf die mangelnden Fähigkeiten eines Kindes zur Kontrolle seiner Emotionen und Aggressivität, was wiederum eine Integration in die Gruppe erschwert.

Summary

Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry

A rating procedure to collect problems of special education during stationary treatment in a child psychiatry was evaluated on 48 children, who were treated in groups of maximal 7 patients. The results show that, using the „Rating-List for Educators“, two main clusters of problems of special educational work with child psychiatric patients were elected: disturbances of intentionality and disturbances of group integration. The 34 items of the list were grouped into seven problemclusters, according to their contents. A correlational analysis of these clusters shows that two levels of problems of special educational therapy can be differentiated. Preliminary they were called: „Problem Level of Conflicting Experiences“ and „Problem Level of Impulsiveness“.

Literatur

- Bastine, R. (1970): Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie. In: Schraml, W. J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Bern: Huber. – Bortz, R. (1977): Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer. – Connors, C. K. (1979): Rating Scales. In: Noshpitz, J. D.: Basic Handbook of Child Psychiatry. Volume One: Development. New York: Basic Book. – Cranach, M. v., H. G. Frenz (1969): Systematische Beobachtung. In: Graumann, C. F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 1: Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe. – Ehlers, B., T. Ehlers (1978): Die Marburger Verhaltensliste (MVL). Göttingen: Hogrefe. – Havers, N. (1978): Erziehungsschwierigkeiten in der Schule. Weinheim: Beltz. – Hobrucker, B., A. Kalberlah (1980): Vermeidungsverhalten in der erzieherischen Situation auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. In: Zeitschr. f. Heilpädagogik, 31, 527–534. – Hobrucker, B., G. Schütze (1983): Aggressive Kinder in der stationären Behandlung: Ein pädagogisch-therapeutisches Problem. Referat auf dem 7. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Lausanne. – Mewe, F. (1979): Verhaltensbeobachtung. In: Remschmidt, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme. – Schmidtsen, S., G. v. Ondarza, B. Dahme (1974): Faktorenanalytische Untersuchung eines Fragebogens für Verhaltensstörungen. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 23, 270–276. – Speck, O. (1979): Verhaltensstörungen, Psychopathologie und Erziehung. Berlin: Marhold. – Süllwold, F., M. Berg (1967): Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Dr. Bernard Hobrucker, Dipl.-Psych. Renate Kühl, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemannsweg 147, 2300 Kiel.

Einschätzungsliste für Erzieher (2. Auflage)

Name des Kindes:
 Woche vom bis
 Beurteiler:

Urteile: 0 = „kein Problem (beobachtet)“; 1 = „geringes Problem“
 2 = „deutliches Problem“; 3 = „besonders großes Problem.“

Anm.: Die mit * gekennzeichneten Items sind nur in der 2. Auflage der ELfE enthalten und bilden nicht die Grundlage der dargestellten Ergebnisse.

A) Regelbeachtung

- *0-1-2-3 Ordnungsregeln persönlich (z. B. Zimmer, Schulsachen)
- *0-1-2-3 Ordnungsregeln Gruppe (z. B. Therapieraum, Tischdienst)
- *0-1-2-3 Zeitgrenzen einhalten (Ausgang, Bettgehen usw.)
- *0-1-2-3 Hygiene-Regeln
- *0-1-2-3 Gruppenregeln für Außenaktivitäten (Geschlossenheit, Verkehrsbeachtung, Verhalten in Kaufhäusern usw.)
- *0-1-2-3 Teilnahme an Sport und Spiel (Regelbeachtung)
- *0-1-2-3 Schule unter erzieh. Aspekt
- *0-1-2-3 Verhalten bei (i. w. S.) therapeutischen Gesprächen

B) Emotionaler Bereich

(Zutreffendes unterstreichen!)

Defizit:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 0-1-2-3 Ärger/Wut | Selbstkontrolle/Äußerung |
| 0-1-2-3 Rache/Zerstörungslust | Selbstkontrolle |
| 0-1-2-3 Trauer/Verzweiflung | Selbstkontrolle/Äußerung |
| 0-1-2-3 Angst/Furcht | Selbstkontrolle/Äußerung |
| 0-1-2-3 Zuneigung/Anlehnung | Selbstkontrolle |
| 0-1-2-3 Wünsche/Forderungen | Selbstkontrolle/Äußerung |

C) Intentionaler Bereich

(Zutreffendes unterstreichen!)

- 0-1-2-3 Langeweile/Lustlosigkeit
- 0-1-2-3 Ablenkbarkeit/Ausdauer
- 0-1-2-3 Verzögerung/Verlangsamung
- 0-1-2-3 Unruhe/herumtoben
- 0-1-2-3 sich absondern/fernhalten

D) Sozialer Bereich

Status in der Gruppe (Zutreffendes unterstreichen!)

vorwiegend: Einzelgänger/Außenseiter/Mitläufer/Mitgestalter/Führer/Führer-Konkurrent

- 0-1-2-3 Akzeptiertwerden von Gleichaltrigen
- 0-1-2-3 Akzeptieren der Gleichaltrigen
- 0-1-2-3 Selbstbehauptung in der Gruppe
- *0-1-2-3 Überanpassung, soziale Erwünschtheit
- *0-1-2-3 Scheinangepaßtheit: Willfähigkeit unter Kontrolle
- 0-1-2-3 Etwas anderes tun als die Gruppe
- 0-1-2-3 Angeberei
- 0-1-2-3 Leugnen von Verantwortung
- 0-1-2-3 Hänkeln und Verspotten
- 0-1-2-3 „Petzen“, Anschwärzen
- *0-1-2-3 Kritisieren, Nörgeln
- 0-1-2-3 Stören in Gruppenaktivitäten
- 0-1-2-3 Übertreten von Verboten
- 0-1-2-3 Mißachten von Aufforderungen und „Geboten“

Aggression gegen Erwachsene:

- 0-1-2-3 Provokation, Nötigung, Drohen
- 0-1-2-3 „Aufsässigkeit“, Trotz
- 0-1-2-3 Direkte Aggression (körperlich)

Aggression gegen Gleichaltrige:

0-1-2-3 Körperliche Aggression

0-1-2-3 Verbale Aggression (beschuldigen, beschimpfen, drohen)

0-1-2-3 Indirekte Aggression (Wegnehmen, Verstecken, Zerstören ihrer Sachen)

Aggression gegen Objekte:

* 0-1-2-3 Beschädigung oder Zerstörung

* 0-1-2-3 Mißbrauch, Beschmutzung

Symptomspezifische Auffälligkeiten:

.

. •Vandenhoeck & Ruprecht (1985) •